Pierre Nadal

I

Tumeur mixte du sein à formations malpighiennes

II

Tumeur tératoïde du testicule.

(avec M. Ferron)

III

Dégénérescence maligne d'un kyste dermoïde de l'ovaire

(avec M. Lacouture)

IV

Nœvo-carcinome à structure périthéliale.

G. Steinheil, Éditeur.

Extrait des **Bull. de la Société Anatomique**, JUIN 1910

I

Tumeur mixte du sein à formations malpighiennes,

par MM. PIERRE-NADAL et LACOUTURE.

Observation clinique. — Aline G..., 44 ans, cultivatrice, entre le 28 mars 1909 dans le service de M. le professeur Demons pour une tumeur du sein droit volumineuse et ulcérée.

Dans ses antécédents familiaux, on relève un frère et une sœur tuberculeux ; comme antécédents personnels, la malade a eu la variole vers l'âge de 5 ans ; ni syphilis, ni tuberculose manifestes.

Vers le 1er janvier 1909, par hasard la malade se découvrit une petite tumeur de la grosseur d'une noisette siégeant à un travers de doigt au-dessus du mamelon droit ; cette tumeur était, nous dit-elle, très dure et parfaitement mobile sur les plans sous-jacents.

Pendant environ un mois le nodule resta à peu près stationnaire, puis grossit rapidement, si bien qu'au début de mars il avait atteint le volume d'un poing d'enfant. En même temps que son volume s'accroissait, la consistance devenait de plus en plus molle.

On pratiqua des applications d'emplâtres sur la nature desquels il est difficile d'être fixé ; et sous cette influence la tumeur s'ulcéra vers le 10 ou le 12 mars. Dès cette époque, l'accroissement fut prodigieux, et la fonte ulcéreuse des plus actives.

L'ulcération occupait la partie sus-mamelonnaire du sein et épargnait le mamelon. La plaie était parfois le siège d'hémorragies en nappe. Depuis l'entrée à l'hôpital on a relevé un petit mouvement fébrile dû sans doute à l'infection de la plaie et à la résorption de produits putrides.

Cette évolution fut à peu près indolente sauf de petits élancements apparus avec la période ulcéreuse.

Etat actuel : 1er avril 1909. — Etat général assez bon.

La tumeur du volume d'une tête d'enfant siège au-dessus du sein droit. Elle est rongée par une ulcération à bords indurés et bosselés, entourée de tubercules rougeâtres et dont le fond est tapissé de gros bourgeons saignants et sanieux. On y voit aussi des lambeaux de tissus sphacélés adhérents aux parois et au fond du cratère ulcéreux. Le mamelon indemne n'est pas rétracté.

Cette tumeur est extrêmement molle par places, plus ferme en d'autres points. On y perçoit une lobulation grossière ; on la mobilise facilement sur les plans sous-jacents musculaire et costal.

On n'observe aucun retentissement sur les ganglions apparents. L'examen sommaire des autres appareils est négatif.

On pratique l'extirpation large de la tumeur et de la mamelle (1er avril 1909).

La malade se rétablit rapidement. Elle est revue le 23 janvier 1910. Elle jouit à ce moment là d'une santé parfaite. Son médecin a observé en décembre 1909 un petit nodule de récidive sur la cicatrice opératoire, et l'a détruit au thermocautère.

Examen de la tumeur. — C'est une masse volumineuse, bourgeonnante, et présentant en son centre un vaste cratère de nécrose ; A la section le tissu est extrêmement mou et fond en bouillie sous la pression du doigt. La marge du néoplasme est constituée par une série de bourgeonnements refoulant assez régulièrement les tissus ambiants.

La coloration de la coupe varie du blanc grisâtre aux teintes hématiques les plus prononcées ; l'aspect est même par places presque gélatinoïde. On voit quelques foyers de désintégration ne contenant plus qu'une bouillie cellulaire diffluente et quelques taches jaunâtres, opaques, disséminées, ou en continuité avec les franges nécrosées de l'ulcération. Aucun ganglion n'a été étudié.

Examen microscopique. — Les coupes portent sur une trentaine de fragments prélevés dans les points les plus divers de la tumeur ; on y reconnaît au premier coup d'œil :

1° Un tissu néoplasique ayant les allures d'un sarcome encéphaloïde ;

2° Des formations malpighiennes nombreuses, souvent très étendues et assez régulièrement réparties ;

3° Des vestiges mammaires indiscutables mais assez rares.

Tissu sarcomateux. — Il correspond au sarcome fuso-cellulaire à grosses cellules des auteurs ; mais il serait assez légitime de lui donner le nom de sarcome poïkilo-cellulaire. Dans bien des points en effet, ce tissu présente les formes cytologiques les plus étranges et les plus tourmentées. Ce sont bien parfois des cellules fusiformes qui en quelques points justifient l'appellation classique de sarcome fasciculé, avec tourbillons périvasculaires très nets.

Mais, presque partout, se rencontrent des cellules volumineuses constituées par une nappe protoplasmique large à noyaux souvent très colorés, et parfois d'une façon brutale. Ces éléments prennent les formes les plus diverses. Ils envoient dans tous les sens des prolongements capricieux, ils contiennent parfois des vacuoles et leur protoplasma peut subir les dégénérescences les plus variées. Enfin les noyaux sont rarement multiples, mais ils sont énormes et tourmentés, souvent très bourgeonnants ou même réticulés. Grâce à ces monstruosités multiples, des figures pseudo-parasitaires se rencontrent à chaque instant.

Rien de particulier à dire des vaisseaux, qui présentent au suprême degré le caractère embryonnaire indifférent des vaisseaux sarcomateux :

Comme charpente on n'observe que quelques traces de cloisons fibreuses esquissant une vague lobulation de la tumeur et un ou deux îlots de tissus assez fortement condensés, mais dans lesquels on ne voit rien qui rappelle du cartilage ou de l'os.

Formations épidermiques. — Elles sont toujours de caractère très net ; leur disposition la plus simple est celle de globes épidermiques arrondis ou ovalaires de dimensions variables, présentant parfois une grande étendue et une fonte cholestéatomateuse centrale.

L'évolution de la tumeur a remanié en d'autres points ces formations, de telle sorte que la disposition concentrique n'y est plus toujours reconnaissable. Le sarcome semble avoir taillé en lambeaux les masses épithéliales.

Mais presque toutes ces formations sont caractérisées par une évolution malpighienne typique (1), amplifiée et schématisée pour

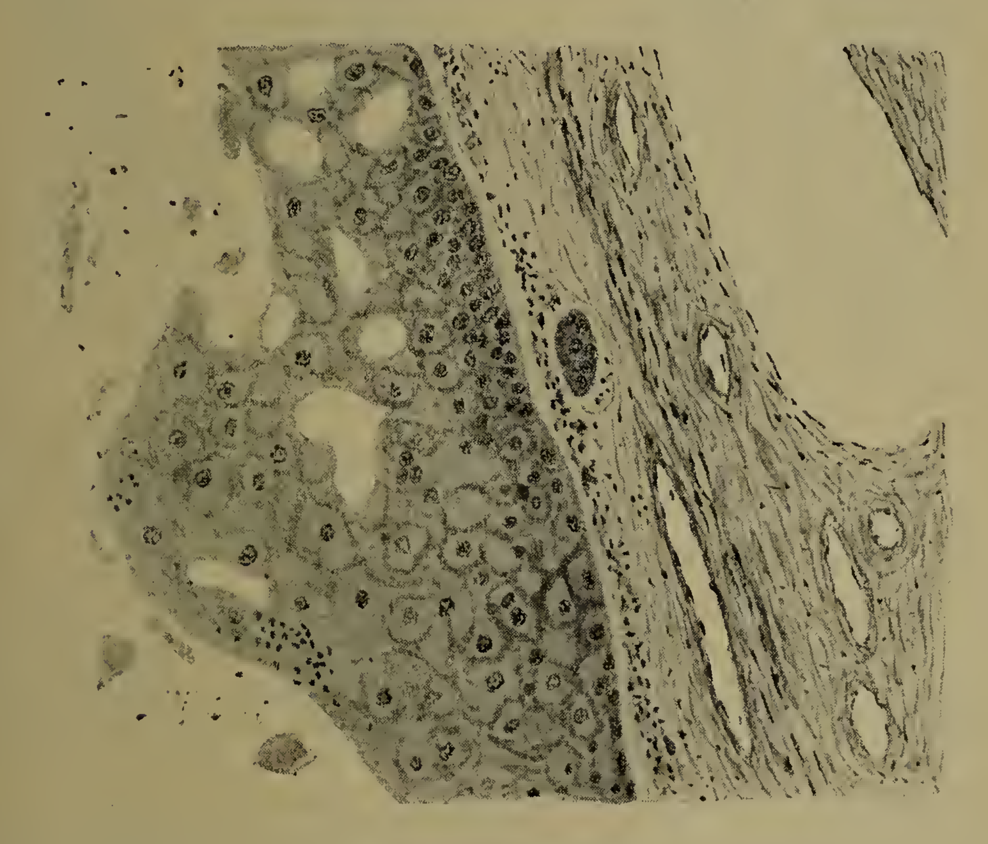


Fig. 1. — Zone d'envahissement de la tumeur constituée en ce point par des masses malpighiennes.

ainsi dire, que l'on peut suivre depuis la couche génératrice couchée sur le sarcome jusqu'aux couches distales vieilles en transformation kérato-colloïde.

En certains points rares, l'évolution typique paraît manquer, et les masses épithéliales revêtent l'aspect de l'épithélioma dit tubulé.

Les productions malpighiennes font partie au même titre que les bourgeons sarcomateux du front d'envahissement de la tumeur.

Ces éléments épithéliaux subissent une dégénérescence vacuolaire souvent intense, pouvant aboutir en bien des points à la fonte phlycténulaire des cellules.

Vestiges glandulaires. — Ils se présentent sous forme de tubes

(1) Sauf la présence d'éléidine, cette substance manquant totalement dans notre cas.

arrondis ou allongés, tapissés d'un épithélium cylindrique serré, assez bas, à noyaux très fortement colorés, présentant en somme les caractères des épithéliums mammaires.

Ces tubes se retrouvent en pleine tumeur, et reposent directement sur le stroma sarcomateux (fig. 2).En certains points même,

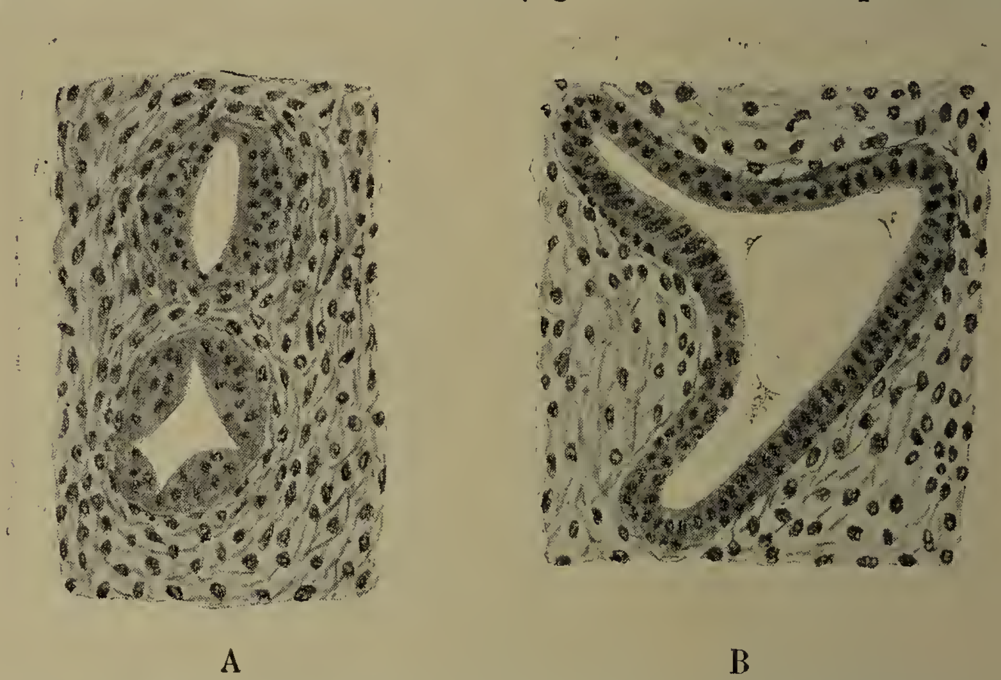


Fig. 2. — Tubes glandulaires de néoformation (?) inclus dans le tissu sarcomateux. Dans la fig. B on remarquera le développement particulier de la couche myoépithéliale.

on en rencontre des ébauches extrêmement petites intimement confondues avec le sarcome, et qui paraissent se développer comme lui,de façon absolument parallèle,comme si les deux tissus épithélial et de stroma descendaient sur place d'une même souche.

Il s'agit là évidemment d'une tumeur mixte du sein, c'est-à-dire d'un néoplasme formé par au moins deux tissus considérés comme spécifiquement différents, et évoluant de façon solidaire : tissu épithélial et tissu conjonctif sarcomateux dans le cas particulier.

La classe des tumeurs mixtes du sein peut être divisée en deux groupes secondaires correspondant à deux variétés de ces tumeurs.

Dans l'une nous comprendrons, avec Lecène, les tumeurs mixtes à stroma squelettogène.

Dans l'autre nous rangerons les néoplasmes contenant des formations épidermiques.

Cette division est d'ailleurs tout à fait arbitraire, car il existe des tumeurs qui réunissent les deux ordres d'anomalies : présence de tissu malpighien et de tissu ostéogène ; nous la conserverons cependant pour la commodité de la description.

Si le premier groupe est relativement enrichi par le nombre assez considérable de faits qu'y apporte la pathologie canine, les tumeurs du second genre sont jusqu'ici restées fort rares ; Lecène n'en rapporte qu'un petit nombre d'observations indiscutables auxquelles il ajoute un cas personnel avec figures.

Le cas de Lecène est entièrement superposable au nôtre, sauf que l'allure en fut moins maligne et que la malade n'ayant pas été suivie l'observation est muette sur les récidives possibles.

Bien que le travail de cet auteur ait heureusement attiré l'attention sur ces tumeurs, les cas rapportés ne sont guère devenus plus nombreux depuis.

En 1907, MM. Coyne et Brandeis présentaient à la Société de biologie une tumeur qui doit certainement être rattachée à ce groupe. Notre excellent ami M. Brandeis a bien voulu mettre à notre disposition les préparations qu'il avait faites de cette pièce ; nous avons pu voir à notre tour qu'il s'agit ici d'un fibro-adénome vulgaire en apparence, à structure histologique entièrement bénigne. Dans ce tissu sont disséminés des globes épidermiques souvent creusés en leur centre d'une cavité de fonte cellulaire. Ces globes présentent des caractères un peu différents de ceux de notre tumeur. Ils sont toujours étroitement accolés à une ou plusieurs cavités glandulaires et l'épithélium qui les revêt présente un amincissement très marqué dans les points qui sont au contact de ces cavités.

En aucun point en dépit de ces apparences,on ne démontre de continuité réelle entre l'épithélium pavimenteux et l'épithélium cylindrique glandulaire. Enfin l'évolution cornée de cet épithélium se fait par l'intermédiaire d'éléidine. Il est probable que chacun de ces globes représente la coupe transversale d'un long tube satellite de l'arbre glandulaire et dont l'épithélium est pavimenteux (1).

L'évolution de la tumeur avait été parfaitement bénigne.

En 1908, MM. Péraire et Lefas présentent à la Société anatomique de Paris une tumeur qu'ils considèrent comme « un épithéliome typique malpighien développé aux dépens des canaux galactophores ». Bien que les auteurs étudient la pièce à un point de vue tout particulier n'insistant pas beaucoup sur les caractères histologiques, il semble qu'il s'agisse ici encore d'une tumeur mixte du sein à formation malpighienne.

(1) Voir dans le bulletin de la *Société de biologie,* 1907, l'excellente figure de cette tumeur dessinée par M. Brandeis.

La même année Frœll (1) rapporte deux cas de ce qu'il appelle carcinome pavimenteux du sein. Ce sont vraisemblablement encore des tumeurs mixtes :

Dans un premier cas la tumeur comprend un gros kyste et plusieurs petits. Elle est formée de nombreuses cellules épithéliales disposées en cordons et en îlots. Un grand nombre sont nettement malpighiennes. La tumeur est indépendante de la peau et de la glande.

Le deuxième cas absolument semblable concerne une tumeur de la grosseur du poing, formée de nombreux globes épidermiques, sans néoformation glandulaire ; cette tumeur est indépendante de la peau.

Cornil dans son ouvrage sur les tumeurs du sein rapporte une observation fort douteuse qu'il range d'ailleurs parmi les kystes simples de l'organe : « L'un d'eux observé et opéré par Berger se rapportait à une jeune fille qui en était atteinte depuis son enfance, si bien que mon excellent collègue le regardait comme congénital. Le sein était petit, et le kyste volumineux. Il y avait un revêtement d'épithélium pavimenteux. Aucune accointance avec la peau, mais la tumeur était développée en pleine glande. »

Même en tenant compte des plus incertaines, les observations de ce genre sont restées, on le voit, fort rares ; cela est dû en partie à ce que ces néoplasmes encore mal connus sont égarés sous d'autres étiquettes.

Il est possible notamment qu'un certain nombre de tumeurs considérées comme des kystes simples de la mamelle soient à rapprocher de nos tumeurs mixtes.

Quoi qu'il en soit, à ne considérer que les cas indiscutables, parmi ces tumeurs les unes présentent comme la nôtre les caractères anatomiques et surtout cliniques d'une extrême malignité. D'autres sont de simples malformations pouvant rester longtemps parfaitement bénignes, telle la tumeur de MM. Coyne et Brandeis. Enfin il est des cas obscurs décrits comme kystes simples de la mamelle, et qui pourraient bien n'être que la forme la plus élémentaire de nos tumeurs mixtes du sein.

La rareté absolue de ces tumeurs, et la rareté de leurs dégénérescences malignes justifient déjà l'étude minutieuse que nous avons faite de notre observation personnelle.

(1) *Nordisches medizinisches Archiv* (chirurgie). Analyse in *Journal de chirurgie*, juillet 1909.

Mais l'obscurité qui règne sur la pathogénie de ces tumeurs nous suggère quelques réflexions au sujet de certains détails de structure que nous avons pu constater.

Remarquons tout d'abord qu'on ne saurait guère considérer cette tumeur comme une malformation bénigne à tissus multiples dont un seul, le tissu sarcomateux, aurait été frappé par la dégénérescence maligne.

En réalité les deux tissus malpighiens et sarcomateux se développent parallèlement et solidairement et la malignité appartient à la tumeur mixte considérée en bloc.

En effet, loin de s'atrophier et de disparaître ainsi que le ferait dans une tumeur aussi maligne un épithélium non néoplasique, ce tissu prolifère au point de former une portion très notable du volume de la tumeur.

De plus nous le voyons constituer par places l'avant-garde même d'envahissement du néoplasme.

En ce qui concerne les tubes glandulaires que l'on trouve également *à l'état naissant*, pour ainsi dire, en certains points du stroma sarcomateux, nous n'hésiterions pas à les considérer eux-mêmes comme des dérivés néoplasiques, bien plutôt que comme des vestiges de la glande mammaire envahie par le néoplasme.

En somme l'examen attentif de cette tumeur, loin d'infirmer les idées déjà exprimées par l'un de nous dans une précédente séance, sur la pathogénie des tumeurs mixtes du sein lui apporte au contraire des éléments de confirmation qui sont loin d'être négligeables.

II

Tumeur tératoïde du testicule,

par MM. Pierre Nadal et Ferron.

Cette pièce provient d'un malade opéré par M. Pousson à Bordeaux. La tumeur simulait une bacillose de l'épididyme et du testicule, et fut considérée comme telle avant, pendant et après l'intervention.

Le sujet, M. V..., âgé de 24 ans, se présente à la consultation des voies urinaires vers la fin d'avril 1908, en se plaignant de l'existence d'une tuméfaction de l'épididyme du côté droit. Cette augmentation de volume dont il s'est aperçu depuis peu de temps est indolore et paraît s'accroître lentement.

A l'examen, l'état de l'organe rappelle absolument les phases de

début de l'infiltration tuberculeuse, mais l'investigation la plus attentive ne révèle rien d'anormal vers la vessie et la prostate.

Le sujet ne présente pas davantage de lésions de l'appareil respiratoire ; cependant l'état général est assez précaire.

Un frère du malade ayant succombé l'année précédente à une laryngite bacillaire, on se trouve orienté, étant donné d'autre part l'âge du malade, vers le diagnostic de bacillose génitale et on institue le traitement sclérosant par les injections de chlorure de zinc.

Cinq ou six piqûres sont ainsi faites sans amélioration, ni accident suppuratif.

Le malade part pour Salies où il séjourne deux mois. Là son état général s'améliore quelque peu.

En septembre apparaissent des symptômes douloureux qui infirment le diagnostic. Les douleurs deviennent rapidement intolérables, elles s'étendent du testicule malade à la fosse iliaque et à la loge rénale, mais elles restent cantonnées à droite. La tumeur a grossi et elle est constituée de deux nodules nettement distincts. Une grosse masse faisant corps avec l'orchi-épididyme, et à environ 12 à 15 millimètres du premier existe un second nodule du volume d'une petite cerise siégeant près de la naissance du cordon. L'examen minutieux de l'appareil génito-urinaire, vessie, prostate, vésicules, fosse iliaque et lombaire ne fournit aucun renseignement complémentaire.

On propose au malade l'épididymectomie. L'intervention est pratiquée par le professeur Pousson le 10 octobre 1909. Alors, testicule en main, on voit que ce dernier est infiltré profondément. En conséquence, on pratique la castration. La guérison opératoire se fait normalement.

Après une trêve très courte, 10 à 12 jours, les douleurs reprennent. On peut constater environ trois semaines après l'intervention la présence dans la fosse iliaque gauche, c'est-à-dire du côté opposé au testicule malade la présence d'une tumeur atteignant le volume du poing ; assez rapidement la tuméfaction s'étend à droite ; elle est de consistance irrégulière, mais assez ferme et bosselée. Le cordon droit est enfin envahi lui aussi et son infiltration se continue depuis la région inguinale du côté opéré jusqu'à la masse néoplasique pelvienne.

Au fur à mesure que progresse le mal, les douleurs s'accentuent et deviennent intolérables. Le malade se cachectise et meurt en juin 1909.

La pièce opératoire principale a le volume d'un œuf de dinde. Elle est bosselée, sa consistance est extrêmement variable, et par places, on voit transparaître sous une capsule amincie des foyers de ramollissement.

A la section, on reconnaît la présence d'un grand nombre de zones d'aspect caséeux infiltrant la presque totalité de la masse. Un fragment de parenchyme testiculaire est encore reconnaissable et excentriquement repoussé. Il est possible à un examen très attentif de reconnaître dans les zones les plus complexes des nodules d'un tissu à aspect chondroïde.

L'examen microscopique nous révèle la présence d'un grand

nombre de tissus dans la répartition desquels on peut le plus souvent soupçonner des ébauches d'organes. Le degré de complexité est le même dans la tumeur testiculaire et dans le nodule aberrant épididymaire.

On peut y rencontrer des cavités kystiques tapissées d'un épithélium cylindrique banal, ces cavités pouvant être groupées en amas aréolaires.

Beaucoup plus nombreuses sont les formations épidermiques malpighiennes. Tantôt ces épithéliums tapissent d'un revêtement des plus irréguliers quelques cavités assez importantes, tantôt ils forment des masses plus petites non encore excavées à leur centre et revêtant l'aspect de globes épidermiques. Les cellules en sont polygonales très claires, et la kératinisation en est un peu capricieuse. Autour de ces masses, nous avons pu reconnaître des organes au moins ébauchés, tels que glandes sudoripares, et apparences de petits follicules pileux, ou même glandules sébacées.

En un grand nombre de points, l'épithélium malpighien fait place dans le même tube et sans transition à un épithélium franchement cylindrique.

On rencontre dans les préparations plusieurs tissus épithéliaux nettement distincts les uns des autres, mais spécifiquement indéterminables, qui nous paraissent rappeler les épithéliums fœtaux de divers organes. C'est ainsi qu'en un point nous avons cru rencontrer une ébauche pulmonaire.

Le stroma de la tumeur est des plus complexes ; on y trouve notamment de très nombreux nodules cartilagineux nettement délimités, et même des traces de tissu ostéoïde. De plus, on y perçoit des formations confuses, qui semblent devoir être rattachées à du tissu nerveux. En un point, nous croyons pouvoir même reconnaître trois petits ganglions nerveux embryonnaires.

Enfin certains points de la tumeur manifestent des tendances très proliférantes, en rapport sans doute avec son évolution très maligne. Ces portions se présentent avec les apparences d'un tissu de consistance molle, d'aspect encéphaloïde ; au microscope, elles sont formées tantôt de nappes diffuses, de cellules assez atypiques sans caractères spécifiques bien définis, tantôt aussi de tubes et de végétations tapissées d'un épithélium cubique nettement caractérisé.

Le néoplasme que nous venons de décrire est donc une tumeur complexe à tissus multiples qui doit être placée dans l'échelle des tumeurs de ce genre, entre les *tumeurs mixtes simples* des auteurs et les *tératomes*.

C'est en somme une tumeur mixte tératoïde contenant déjà des tissus avec une ébauche d'arrangement en organes, mais sans production d'organes bien différenciés.

Ces tumeurs subissent d'une façon habituelle la dégénérescence maligne et sont parmi les néoplasmes les plus redoutables de la glande séminale.

Un point intéressant dans l'histoire de cette tumeur est

l'existence de deux masses distinctes, l'une et l'autre tératoïde. Malheureusement, nous ne pouvons pas avoir de renseignement suffisamment rigoureux sur l'évolution de l'un et de l'autre nodule. Aussi pouvons-nous hésiter entre plusieurs hypothèses explicatives.

Ou bien il y a eu duplicité primitive du néoplasme ; cette hypothèse est difficile à admettre à cause de l'identité étroite de structure des deux tumeurs.

Ou bien encore il y a eu du fait de la croissance dissociation et écartement des parties extrêmes de la tumeur primitivement une. Cette seconde hypothèse est encore plus difficile à admettre que la première.

Ou bien enfin l'un des nodules n'est qu'une colonie d'envahissement discontinu de l'autre tumeur, celle-ci ayant constitué une métastase complexe.

L'observation minutieuse de l'apparition et de l'évolution du second nodule eût été utile pour trancher la question ; mais il existe dans la littérature médicale des faits, rares à vrai dire, de tumeur tératoïde du testicule s'étant généralisée sous forme tératoïde, même à une très grande distance.

Nous penchons vers une explication analogue du cas que nous venons de vous présenter.

III

Dégénérescence maligne d'un kyste dermoïde de l'ovaire,

par MM. Pierre Nadal et Lacouture.

Il s'agit d'un kyste dermoïde double des ovaires, opéré par M. le professeur Demons à l'hôpital Tastet, à Bordeaux.

Le kyste ovarien droit seul est dégénéré et adhère fortement à l'utérus.

Kyste droit. — Son contenu est celui des kystes dermoïdes vulgaires graisse mêlée à un liquide d'apparence puriforme tenant en suspension d'innombrables éléments épithéliaux.

La paroi présente une zone papillaire avec quelques poils follets. La portion juxta-utérine est totalement dégénérée, épaissie et indurée. Au microscope, on trouve quelques glandes sébacées, quelques papilles extrêmement longues et un derme riche en faisceaux musculaires lisses.

De plus, l'examen histologique permet de suivre les étapes du processus néoplasique. La dégénérescence maligne paraît se faire aux dépens de l'épithélium de revêtement ; celui-ci en certains points présente d'abord un épaississement marqué et des modifications hyperplasiques des éléments qui le constituent, noyaux géants ou hyperchromatiques, noyaux bourgeonnants, irrégulari-

tés de forme des cellules, désorganisation de leur stratification régulière.

Un peu plus loin, on peut voir quelques bourgeons épithéliaux gagner la profondeur des tissus et enfin la tumeur arrive à revêtir un aspect absolument carcinoïde.

Elle n'est plus alors constituée que de colonies épithéliales infiltrées dans les tissus profonds, ces derniers leur servant de charpente. Parfois ces boyaux se creusent d'une cavité par suite de la désintégration des éléments qui en occupent le centre.

Au contact de la tumeur, l'utérus est envahi dans toute son épaisseur et d'une façon absolument complète et régulière par des coulées néoplasiques très déliées. Il est infiltré de telle façon que son tissu propre constitue une véritable éponge imprégnée de néoplasme.

C'est là un exemple très schématique de dégénérescence maligne d'une tumeur très complexe de l'ovaire. Cette évolution est assez rarement observée, les kystes dermoïdes de la glande génitale femelle gardant le plus souvent une allure des plus bénignes.

D'autre part il est facile de constater de façon indiscutable sur les préparations, l'origine de la tumeur maligne aux dépens d'un seul des tissus constitutifs du néoplasme. C'est donc là le prototype de la dégénérescence des tumeurs à tissus complexes aux dépens d'un seul élément, aboutissant à la constitution d'une tumeur.

IV

Nœvo-carcinome à structure périthéliale,
par M. PIERRE NADAL.

Les préparations microscopiques que nous vous présentons sont celles d'une tumeur ganglionnaire sous-maxillaire consécutive à un petit nœvus dégénéré de l'aile du nez. Cette tumeur a été opérée par M. le Dr de Boucaud, à Bordeaux.

De la tumeur primitive rien à dire ; c'est un petit nœvus qui présentait depuis quelque temps les marques d'une irritation hyperplasique manifeste, sans cependant avoir acquis un développement très considérable. Sa structure est assez banale ; il est constitué de cellules petites, polymorphes, mais généralement fusiformes et d'un stroma fibreux relativement abondant ; il est extrêmement surchargé de pigment.

La tumeur ganglionnaire est incomparablement plus développée ; elle atteint le volume d'un œuf ; elle est constituée de plusieurs masses accolées.

A la section le tissu en est gris rougeâtre, foncé, homogène, doux et élastique au toucher.

A l'examen microscopique, on reconnaît une structure histologique un peu spéciale. La plus grande partie de la tumeur est constituée de cellules d'aspect épithélioïde, assez grandes, à noyau fortement colorable, à corps protoplasmique, tantôt homogène et dense, tantôt largement vacuolaire. Ces éléments dessinent de ci de là quelques travées d'aspect fasciculé. Ils présentent parfois une orientation circulaire autour des petits vaisseaux analogue à celle qu'on observe dans la plupart des tumeurs sarcomateuses. En somme la structure d'ensemble se rapproche beaucoup de celle qu'on observe dans les sarcomes fasciculés vulgaires.

Dans l'une des préparations examinées (une seule sur une vingtaine de fragments étudiés) on observe l'organisation périvasculaire accentuée et exclusive dont on tend à faire aujourd'hui la caractéristique de tout un groupe de tumeurs, les périthéliomes.

Dans ce point la coupe de la tumeur est constituée par une série de lobules de structure identique. Chacun d'eux correspond à une section vasculaire entourée d'un manchon d'éléments néoplasiques ; les lobules élémentaires sont séparés les uns des autres par une zone claire où ne se rencontrent que quelques éléments cellulaires détachés, quelques coagulats mal définis ou des débris de tissus en voie de régression. L'indépendance de chacun des systèmes vasculo-néoplasiques élémentaires est ainsi portée à son maximum. Considéré isolément, chacun d'eux présente la structure suivante :

Au centre le vaisseau, à lumière béante, le plus souvent plein de sang. La paroi de ce vaisseau est assez élémentaire : elle est presque uniquement réduite à une lame endothéliale doublée d'une fine et mince adventice constituée par un tissu fibrillaire pâle, très pauvre en noyaux.

Sur cette adventice s'implantent les cellules néoplasiques ; celles ci revêtent l'apparence de stratifications épithéliales telles qu'on peut les observer dans certains papillomes de la vessie par exemple. Les premières couches cellulaires sont en raquette, la queue de la raquette s'implantant sur le vaisseau ; les cellules moyennes sont polygonales, les plus externes sont aplaties, et leur section donne dans les coupes une figure fusiforme.

L'épaisseur de la couche néoplasique qui enveloppe chaque vaisseau est constante quel que soit le vaisseau considéré. De fausses apparences d'épaississement sont dues à l'intervention de coupes obliques ; un peu d'attention permet d'éviter ce risque d'erreur. Il semble donc que l'épaisseur de ce manchon, au delà duquel tout s'atrophie et meurt, mesure la puissance de pénétration et de diffusion des éléments nutritifs d'origine sanguine.

Ainsi dans deux fragments de cette même tumeur, on rencontre tantôt des points fort rares à structure périthéliale aussi parfaitement schématique que l'on pouvait le souhaiter, et tantôt, presque partout, une apparence banale dans laquelle les éléments ne paraissent guère plus soumis aux lois de l'orientation périvasculaire qu'ils ne le sont dans le sarcome le plus commun.

Une telle observation devra, semble-t-il, nous rendre suspects

les périthéliomes en tant que groupe naturel de tumeurs, en nous montrant que la disposition dite périthéliale peut n'être qu'un accident dans les tumeurs les plus variées, dont on ne saurait sans abus faire des périthéliomes.

Si l'on doit faire passer dans cette classe nouvelle des périthéliomes toutes les tumeurs susceptibles de présenter à un moment donné en certains points une disposition périthéliale, il est probable qu'il faudra peu à peu y transvaser tout le groupe hétéroclite des sarcomes et on n'aura fait ainsi que changer de façon bien inélégante le nom des sarcomes sans apporter la moidre lumière dans leur histoire.

La disposition périthéliale, étant commandée par le monopole qu'ont les vaisseaux d'apporter aux tissus les substances nutritives, est un phénomène d'ordre général ; elle se rencontre aussi bien dans les tumeurs épithéliales que dans les tumeurs conjonctives, témoin les figures connues de tous des papillomes de la vessie, des végétations vulvaires ; témoin certaines tumeurs du rein, témoin enfin les apparences que l'on peut rencontrer dans tel épithélioma du sein ou du col utérin.

Cette organisation périthéliale est forcément constatée à une étude analytique attentive de quelque tumeur que ce soit, mais tantôt il faut la rechercher péniblement car elle est masquée, tantôt elle s'impose à l'attention au premier coup d'œil.

Dans le premier cas, cette disposition est rendue confuse par la complexité du système vasculaire de la tumeur, par les innombrables ramifications des vaisseaux, par l'agencement plexiforme de ces mêmes vaisseaux.

Au contraire sa constatation est facilitée par la simplicité d'organisation des anses circulatoires. La disposition périthéliale est d'*autant plus nette dans une tumeur que les capillaires qui l'arrosent parcourent sans se ramifier une plus grande longueur* ; cela se présente dans les papillomes bien peignés à papilles parallèles que nous avons choisis comme exemples. Nous devions déjà par analogie penser que le même fait se produit dans les néoplasmes d'ordre conjonctif.

Nous reportant à notre tumeur, nous avons pu constater que dans les points de disposition périthéliale caractéristique, presque jamais la collerette néoplasique périvasculaire n'est troublée par l'émission d'une branche collatérale ou par l'arrivée d'une anastomose. Nous avons eu la curiosité de faire des coupes en série de ces points en prélevant pour l'étudier une coupe sur cinq ou six, c'est-à-dire tous les 40 μ environ,

et nous nous sommes convaincu que les vaisseaux que nous suivions gardaient fort longtemps leur indépendance, et leur disposition indivise.

Au contraire, dans les points plus tourmentés de la tumeur, où la disposition périthéliale n'est qu'à l'état d'ébauche, tout à fait insuffisante pour être caractéristique, nous voyons que la tumeur est labourée en tous sens par des béances vasculaires.

Les cellules y sont bien disposées périthélialement autour des vaisseaux, mais ceux-ci sont innombrables et divergents, ce qui enlève aux figures observées toute régularité.

Si nous pouvions faire une comparaison, nous rapprocherions la tumeur sarcomateuse banale du buisson touffu dans lequel l'intrication des rameaux et ramuscules permet mal à l'œil de saisir la disposition verticillée des feuilles, et nous comparerions au contraire le périthéliome au saule pleureur par exemple dont les rameaux terminaux indéfiniment longs sans subdivision et parallèles entre eux permettent au contraire au premier coup d'œil de suivre et d'étudier cette dispositiont

L'observation que nous venons de rapporter, et qui n'est point d'ailleurs un exemple isolé dans notre souvenir, sera pour nous un prétexte. Nous en profiterons pour protester contre l'individualisation prématurée des périthéliomes en un groupe néoplasique distinct.

La classe des sarcomes est un groupe d'attente dans lequel la prudence nous conseille de laisser provisoirement tout ce que nous connaissons mal, ou point. Il est légitime que nous cherchions à y introduire une segmentation rationnelle et à y reconnaître des familles, des genres, et finalement des espèces néoplasiques bien définies. Mais c'est faire œuvre imprudente et véritablement régressive que d'en tirer hâtivement pour les isoler des catégories dont l'individualisation n'est pas assez solidement établie.

Une erreur dans le classement des premiers groupes qu'on tentera de dégager de ce chaos serait grave, car elle retarderait la mise en lumière définitive des séries néoplasiques restantes, et retentirait forcément sur les travaux ultérieurs.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).